

結核病七分篩檢表 就醫轉介單

請醫療院所將轉介單送交受檢者交回衛生所

* 受檢者姓名：

* 身份證字號：

性別：男 女

七分篩檢：

咳嗽兩週（2分）、有痰（2分）、胸痛（1分）

沒有食慾（1分）、體重減輕（1分）

咳嗽三週：是 否

上述症狀合計達5分以上或咳嗽超過3週，請儘快至醫療院所、
腔科或感染科就醫。

開立單位：

連絡電話：

日期： 年 月 日

=====

* 醫療院所檢查結果：

* 醫師簽章：

* 醫院名稱：

日期： 年 月 日

高雄市政府衛生局 關心您！